

見本(表)

登録者証のみ申請

特定医療費（指定難病）支給認定 **登録者証**（指定難病）申請書
新規 更新 変更（疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他） 転入

受診者（患者）	フリガナ	オキナフ タロウ				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	年齢	〇〇						
	氏名	沖縄 太郎					<input type="checkbox"/> 女		歳						
	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	〇〇年×月△△日
	受給者番号 (更新、変更の場合)													<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
	住所	〒 XXX-XXX 〇〇市△△ ×丁目×番×号				電話番号	自宅	0980-xx-xxxx							
							携帯	090-xxxx-xxxx							
	本年1月1日時点の所在地 (現住民票と異なる場合のみ記載)	都道府県		沖縄県			市区町村	那覇市							
加入医療保険	被保険者氏名	沖縄 花子				受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人								
	被保険者証 発行機関名	全国健康保険協会 沖縄支部					<input checked="" type="checkbox"/> その他(妻)								
申請者	フリガナ	オキナフ ハナコ				受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人								
	氏名	沖縄 花子					<input type="checkbox"/> 保護者()								
	住所	〒 〇〇市△△ ×丁目×番×号				電話番号	090-△△△△-△△△△								
指定難病名	パーキンソン病														
自己負担上限額の特例 (該当するものに○)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (高額難病治療継続者)										
	額該当														
登録者証を申請される場合は申請するに○を付けてください。原則マイナンバー連携のため上段の個人番号欄にも記載を忘れずに行ってください。				指定難病又は 者又は申請中の者		<input type="checkbox"/> 有(氏名) <input type="checkbox"/> 無		※該当する場合は必ず☑を入れてください! ↓							
登録者証申請	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する ・ <input type="checkbox"/> 申請しない ・ 発行済 (自治体名:)				DV虐待等による情報連携の不開示希望		<input type="checkbox"/> 有								
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	令和 年 月 日		【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他												
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 また、提出した臨床調査個人票に疑義が生じた場合、県が医療機関へ直接照会することに同意します。							保健所受理印								
申請者氏名 <u> </u> 沖縄 花子															
令和 〇 年 〇 月 〇 日							沖縄県知事 殿								

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票を指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用させていただきます。		※添付資料として臨床調査個人票を添付されている場合のみ 受診者様の臨床調査個人票の記載内容を、国の指定難病データベースに登録し、治療研究の基礎資料として利用することに同意いただける場合にご署名をお願いします。	
受診者氏名	<u> </u> 沖縄 太郎	申請者氏名	<u> </u> 沖縄 花子 (※ 受診者)
令和 〇 年 〇 月 〇 日			

※ 裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

見本(裏)

受診者と同じ医療保険に加入する者) 記入欄

該当者の有無

有 無

※ 受診者本人については、記入不要です。
 ※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療の場合は、同じ医療保険加入者で同一の世帯の方全員。
 ※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療以外の場合は、同じ医療保険の被保険者。

世帯員氏名		本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)			市区町村		
世帯員氏名		本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)			市区町村		
世帯員氏名		本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)			市区町村		
世帯員氏名		本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)			市区町村		
世帯員氏名		本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)			市区町村		

受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む)	医療機関名(支店名)	所在地(市町村名)	指定医療機関の変更 (※ 更新、変更の場合)
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

※記入不要

ここから下の欄は記入しないでください。

所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯受給証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 統合宛名システム、住基ネット <input type="checkbox"/> その他()				
受給者(患者又はその保護者)の収入	右の合計額 <input type="checkbox"/> 80万円より大 <input type="checkbox"/> 80万円以下	合計所得金額 円	公的年金等収入 円	障害年金等収入 円	特児手当等 円
所得区分	生保・低I・低II・一I・一II・上位		自己負担上限額	円	
自己負担上限額特例	<input type="checkbox"/> 按分あり <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(高額難病治療継続者) <input type="checkbox"/> 境界層措置				
社会活動	就労・就学・家事労働・在宅療養・入院・入所・その他()				
日常生活	正常・やや不自由・部分介助・全介助				
情報連携関係	◆情報照会日(月 日) ◆照会結果確認日(月 日) ◆照会結果:市町村民税の課税 有り → 所得割額合計(円)又は 均等割のみ課税 無し → 所得金額(円) 公的年金収入額(円)				
備考					